

## ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СЛЕЗОТЕЧЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И СПОСОБЫ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ

МАЛИНОВСКИЙ Г.Ф.

*УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,  
кафедра офтальмологии, г. Минск*

**Резюме.** С целью изучения этиопатогенетических механизмов слезотечения и для разработки эффективных способов его лечения и профилактики проанализированы результаты исследований 76 пациентов пожилого и старческого возраста. Выявлены причины слезотечения, которые заключаются в происходящих возрастных изменениях вспомогательного аппарата глаза (блефароптоз, блефарохалазис, трихиаз, спастический выворот, заворот, гипертрофия слезного сосочка нижнего века, воспалительные заболевания конъюнктивы век и глазного яблока, атония слезных канальцев, неправильная коррекция пресбиопии, заболевания ЛОР-органов). Лечение начинали с устранения возрастных этиопатогенетических факторов. Приведены правила, пренебрежение которыми может привести к постоянному слезотечению и психоэмоциональной нестабильности пациента.

**Ключевые слова:** старение человека, слезотечение, возрастные изменения вспомогательного аппарата глаза.

**Abstract.** To study etiopathogenetic mechanisms of lacrimation and to work out effective means of its treatment and prevention the results of investigation of 76 elderly and old patients were analysed. Causes of lacrimation (blepharoptosis, blepharochalasis, trichiasis, eyelid eversion, eyelid introversion, irregular presbyopic correction, otorhinolaryngological diseases, etc.) were determined, methods of treatment and prevention of this pathology were described.

Пожилой возраст человека, по данным ВОЗ, составляет 60-74 года, старческий – 75-89 лет. Старение – это закономерно развивающийся биологический процесс, ведущий к сокращению адаптационных возможностей организма и способствующий развитию патологии.

По данным ООН, в 1950 году в мире проживало около 200 млн. лиц в возрасте старше 60 лет. К 1975 году это число возросло до 350

млн., к 2000 г. – до 600 млн., а к 2025 году число лиц старше 60 лет превысит 1 млрд. 100 млн., т.е. увеличится по сравнению с 1975 г. более чем в 3 раза. Ожидается, что за этот же период общая численность населения в мире возрастет только в 2 раза [3]. В связи с увеличением продолжительности жизни человека отмечается демографический сдвиг возрастного состава населения в сторону увеличения числа пожилых и старых людей, что сказывается на возрастной структуре заболеваний вообще и глазной патологии в частности.

Среди больных глазных отделений лица

**Адрес для корреспонденции:** 220716, г. Минск, ул. П.Бровки, 3, Белорусская медицинская академия последипломного образования – Малиновский Г.Ф..

старше 60 лет составляют 57,3%, а среди амбулаторных больных – более 72,5% [4]. Основная часть этой категории больных, обращаясь за медицинской помощью с различными заболеваниями глаз (катаракта, глаукома, различные виды дистрофии сетчатки и т. д.), параллельно отмечают слезотечение, которое возникает на улице, на ветру и во время сна. При этом у них нередко отсутствуют изменения со стороны слезных органов, которые могли бы послужить причиной слезотечения.

Ряд патологических состояний вспомогательного аппарата глаза, прямо или косвенно обусловленных старением организма, может вызывать слезотечение [1].

**Актуальность проблемы слезотечения** у лиц пожилого и старческого возраста определяется следующими факторами: увеличивающимся количеством пациентов этого возраста; особенностями возникновения слезотечения при наличии возрастных изменений, способствующих проявлению заболеваний слезоотводящих путей; недостаточным освещением в офтальмологической литературе вопросов слезотечения и заболеваний слезных органов у этой категории больных.

**Цель исследования** изучить этиопатогенетические механизмы слезотечения у лиц пожилого и старческого возраста и разработать эффективные способы его лечения и профилактики.

### Методы

Нами проанализированы результаты исследований 76 пациентов пожилого и старческого возраста со слезотечением. Все пациенты были разделены на 2 группы: в I-ю группу вошли лица пожилого возраста – 44 человека (женщин- 26); во II-ю - лица старческого возраста – 32 человека (женщин- 22). В исследуемые группы мы не включали пациентов с явной патологией слезоотводящих путей.

Клиническое обследование включало: выяснение жалоб у пациента и анамнеза заболевания; визометрию, биомикроскопию, рефрактометрию; тщательный наружный осмотр век и слезных точек, их тонус, расположение,

диаметр; состояние конъюнктивальной полости, слезного озера, слезного мясца, полулунной складки и ее взаимоотношение со слезными точками; функциональные методы исследования для определения активной проходимости слезоотводящих путей (капиллярная проба, канальцевая, слезноносовая); исследование пассивной проходимости слезоотводящих путей (промывание, диагностическое зондирование, рентгенография слезоотводящих путей с контрастным веществом). Все пациенты в обязательном порядке были осмотрены оториноларингологом, стоматологом, терапевтом и невропатологом. При необходимости проводили дополнительные обследования (КТ, МРТ) и осмотр пациентов другими специалистами.

### Результаты

Многолетнее изучение причин эпифоры у данной возрастной категории пациентов показали, что слезотечение у лиц пожилого и старческого возраста имеет свои особенности. Во многих случаях его причину следует искать не в заболеваниях слезоотводящих путей, а в происходящих возрастных изменениях вспомогательного аппарата глаза.

Больные могут жаловаться на слезотечение при неблагоприятных метеоусловиях (холод, ветер). Причем появляется слезотечение постепенно. Вначале оно беспокоит пациента на холоде, а затем появляется как бы беспричинно и носит постоянный характер.

Прежде чем исследовать функциональное состояние слезных органов, необходимо провести целенаправленный осмотр век. Нужно оценить положение век, их тонус, состояние глазной щели, кожи век и конъюнктивы. Следует обратить внимание на состояние реберных краев и толщину края век, на характер роста ресниц и др. У лиц пожилого и старческого возраста глазная щель становится несколько уже, кожа век менее эластична, сухая, дряблая, истончена. Она легко растягивается, а нередко образует складки, свисающие на ресничный край, так называемый блефарохлазис, что может нарушить положение ресниц.

Вследствие снижения тонуса мышцы, поднимающей верхнее веко, последнее опускается и развивается старческий блефароптоз. При понижении тонуса круговой мышцы глаза и дряблости кожи век происходит легкий выворот века, а вместе с ним и нижней слезной точки, что вызывает вначале непостоянное слезотечение. При неправильном вытирании слезы больной все время оттягивает веко книзу и тем самым усиливает его выворот, в результате чего слезотечение становится постоянным.

Эта причина слезотечения нами отмечена у 11 пациентов I группы (25%) и у 10 пациентов II группы (33%).

Вследствие спастического сокращения пальпебральной части круговой и риолановой мышц, дряблости истонченной кожи, а также легкого западения глазного яблока из-за атрофии глазничной клетчатки возникает заворот нижнего века. Ресницы при этом механически раздражают конъюнктиву и роговицу, на что глаз рефлекторно отвечает усиленным выделением слезы.

Кроме того, возможен неправильный рост ресниц как нижнего, так и верхнего века из-за мелких рубчиков по краю век после перенесенных в прошлом ячменей, халазионов, микротравм и др., о которых больной может и не помнить. Так как ресницы у пожилых людей тонкие и обесцвеченные, то края век следует осматривать либо с помощью бинокулярной лупы, либо в свете щелевой лампы. В ряде случаев слезная точка может быть смещена халазионом или кистой. Указанная причина слезотечения была установлена у 10 пациентов (24%) I группы и у 4 пациентов (12%) II группы.

Нередко при гипертрофии слезного сосочка нижнего века на фоне дистрофии кожи и слизистой внутреннего угла глаза происходит удлинение слезного сосочка и слезная точка оказывается выше уровня слезы в слезном озере и не участвует в слезоотведении. Кроме того, в результате склеротических изменений тканей слезный сосочек уплотняется, теряет свою эластичность и слезная точка не в состо-

янии выполнять всасывающую функцию. Слезотечение вследствие гипертрофии слезного сосочка отмечена нами у 7 человек (15%) I группы и у 6 пациентов (18%) II группы.

Некоторые заболевания конъюнктивы век и глазного яблока могут способствовать возникновению слезотечения у лиц пожилого и старческого возраста. Так, конъюнктивиты у пожилых людей имеют тенденцию к хроническому течению, плохо поддаются лечению вследствие ослабления защитных сил организма, а иногда от неправильного их лечения [2]. Часто в конъюнктивальной полости образуются небольшие комочки слизи, которые с током слезы попадают в слезоотводящие пути, что может вызвать их закупорку и слезотечение. Кроме того, у лиц пожилого возраста часто развиваются дистрофические изменения конъюнктивы глазного яблока у лимба с носовой стороны в виде уплотнения слизистой желтоватого цвета. Эти изменения называются пингвекулами. Они часто гипертрофируются, прорастают новообразованными сосудами, вызывая рези в глазу и слезотечение. При воспалении пингвекулы слезотечение становится более интенсивным. Данная причина нами установлена у 4 пациентов (9%) I группы и у 2 пациентов (6%) II группы.

Довольно часто на практике у пожилых пациентов наблюдается такое явление, когда при нормальном анатомическом состоянии и хорошей пассивной проходимости слезоотводящих путей активное слезоотведение отсутствует или резко нарушено. Такое состояние объясняется функциональной слабостью мышц слезных канальцев, их атонией и сопровождается упорным слезотечением. Атония слезных канальцев отмечена у 8 пациентов (19%) I группы и у 8 пациентов (26%) II группы.

Следует отметить еще один довольно распространенный фактор возникновения слезотечения у пожилых людей. Это неправильная коррекция пресбиопии. При этом больные ощущают «песок» в глазах, рези, слезотечение и подолгу лечатся от конъюнктивита, что еще в большей степени усугубляет процесс. Эта

причина наблюдалась у 3 пациентов (8%) I группы и у 2 пациентов (5%) II группы.

Пожилые и старые люди довольно часто страдают заболеваниями ЛОР-органов и в первую очередь носа [5,7]. Это - гипертрофические и атрофические риниты, искривления носовой перегородки, изменения носовых раковин и т.д. Однако обращаются они за медицинской помощью, как правило, к окулисту, так как с заболеваниями носа они свыклись, а беспокоит их больше всего слезотечение. Тщательно собранный анамнез перенесенных заболеваний, постановка цветных функциональных проб, исследования пассивной проходимости слезоотводящих путей позволяют правильно установить причину слезотечения. Таких больных следует лечить совместно с ЛОР – врачом, хотя не всегда он может объективизировать риногенную причину слезотечения.

Лечение слезотечения у лиц пожилого и старческого возраста должно осуществляться с учетом причин возникновения и развития процесса. В первую очередь следует установить, что является причиной слезотечения: возрастные изменения защитного и вспомогательного аппарата глаза или заболевания слезных органов. Если налицо имеются перечисленные выше возрастные этиопатогенетические факторы, то лечение следует начинать с их устранения. Большую роль в предупреждении слезотечения и заболеваний слезных органов, вызванных возрастными изменениями, должны играть профилактические осмотры и своевременное устранение этих изменений. Так, своевременно выполненная активизация нижней слезной точки у лиц с выраженной гипертрофией и склерозированием слезного сосочка может прервать патологическую цепочку изменений и предупредить возникновение стойкого и упорного слезотечения.

Следует подчеркнуть, что необоснованное одновременное назначение большого количества лекарственных препаратов в виде глазных капель без учета бактериограммы приводит к полипрогмазии, вызывает аллергизацию слизистой глаз, удлиняет сроки лечения. Частые неправильные инстилляций капель

лицам пожилого и старческого возраста по поводу хронического воспалительного заболевания глаза и его вспомогательного аппарата, по поводу катаракты, глаукомы и другой патологии могут привести к стойкому вывороту медиального отдела нижнего века, а вместе с ним и слезной точки, что закономерно приводит к постепенному слезостоянию и слезотечению. Следует также обратить внимание начинающих офтальмологов, а через них и среднего медперсонала на соблюдение ряда элементарных правил, пренебрежение которыми может привести к постоянному слезотечению и психоэмоциональной нестабильности пациента.

**Правило первое.** Не следует одновременно закапывать в глаз больше трех лекарственных препаратов. При этом должно быть тщательное клиническое обоснование назначения препарата с учетом аллергологического анамнеза, а для антибактериальных препаратов - с учетом бактериограммы.

**Правило второе.** В случае использования нескольких лекарственных препаратов интервал между их введением должен составлять не менее 10-15 минут.

**Правило третье.** При необходимости длительных инстилляций капель лицам пожилого возраста, страдающим различной патологией органа зрения, следует в момент закапывания капель оттягивать верхнее веко вверх. В противном случае при постоянном оттягивании нижнего века может наступить его привычный выворот и в последующем стойкое слезотечение.

**Правило четвертое.** При возникновении первых симптомов слезотечения у лиц пожилого и старческого возраста необходимо радикальными способами попытаться устранить причину его возникновения. Если по каким – либо обстоятельствам сделать это не представляется возможным, то больного необходимо обучить правильным приемам вытирания слезы. Для этого больной должен прикрыть глаз и легким промокательным движением от наружного угла глаза к внутреннему чистым платочком или ватно-марлевым там-

поном убрать слезу. При этом нижнее веко прижимается к главному яблоку, а не оттягивается от него.

Таким образом, тщательное и строго последовательное обследование лиц пожилого и старческого возраста со слезотечением позволяет правильно установить характер слезотечения, а рациональный выбор способа лечения и профилактики – успешно реабилитировать данную категорию людей.

### Литература

1. Малиновский Г.Ф. Моторный В.В. Практическое руководство по лечению заболеваний слезных органов // Белорусская наука.- Минск, 2000.- 192 с.
2. Тагизаде Н.С. Роль профессиональных вредностей в этиологии и патогенезе заболеваний слезотводящих путей и новые методы их лечения: Автореф. дисс...д-ра мед. наук.-Баку, 1997.- 49 с.
3. Хавинсон В.Х., Анисимов В.Н. Пептидные биорегуляторы и старение. Санкт-Петербург, 2003 г.
4. Шульпина Н.Б., Перламутрова В.В., Харасанян – Тадэ Н.А. Клинико-морфологический аспект старческих изменений переднего отрезка глаз // Старение и глаз: Тез. Первой науч. конф. М., 1976.- С. 136- 140.
5. Guinot- Saera A, Koay P. Efficacy of probing as treatment of epiphora in adults with blocked nasolacrimal ducts // Br J Ophthalmol.- 1998.- Apr.- 82(4).- p. 389-391.
6. Kashkoui M B, Beigi B, Murthy R, Astbury N. Acquired external punctal stenosis: etiology and associated findings// Am J Ophthalmol.-2003.-Dec.- 136(6).- 1079-1084.
7. Wormald P.J., Kew J., van Hasselt A. Intranasal anatomy of the nasolacrimal sac in endoscopic dacryocystorhinostomy // Otolaryngol. Head Neck Surg.- 2000.- Sep.- 123(3).- p. 307-310.

Поступила 02.06.2005 г.

Принята в печать 23.06.2005 г.

---

---

## Издательство Витебского государственного медицинского университета

Бекиш О.-Я.Л., Бекиш В.Я. **Практикум по медицинской биологии и общей генетике (для студентов стоматологического факультета)** – Витебск: изд-во ВГМУ, 2003. – 262 с.

Кунцевич З.С., Горбатов В.В. **Руководство к лабораторно-практическим занятиям по общей и неорганической химии, часть 1 (для студентов фармацевтического факультета).** – Витебск: изд-во ВГМУ, 2004. – 80с.

Карпова В.И., Гурина Н.С., Бузук Г.Н., Коноплева М.М., Любаковская Л.А., Кузьмичева Н.А., Кузнецова Н.П., Ловчиновский Ю.О. **Флора Республики Беларусь: медицинское и хозяйственное значение (в трех томах).** – Витебск: изд-во ВГМУ, 2004.